DES VICES DE CONFORMATION DE LA FACE,

N° 45.

SOIT CONGÉNITAUX, SOIT ACCIDENTELS,

AUXQUELS IL EST POSSIBLE DE REMÉDIER PAR DES OPÉRATIONS CHIRURGICALES;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 12 mars 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J. DUBOURG,

Interne des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Ipsi animi, magni refert, quali in corpore locati sint: multa enim è corpore existunt, quæ acuant mentem; multa quæ obtundant. (CICERO, *Tuscul.*)

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/desvicesdeconfor0002vari

INTRODUCTION.

J'avais eu d'abord le projet de traiter d'une manière générale de tous les vices de conformation, soit congénitaux, soit acquis, contre lesquels la chirurgie peut offrir des ressources plus ou moins efficaces. Cette matière m'avait paru féconde en considérations et rapprochemens nouveaux; car si les modernes ont dirigé et multiplié leurs recherches sur l'anatomie et la physiologie des monstruosités, ils en ont complètement négligé la thérapeutique; et la science, sur ce point, quoique riche en faits isolés, ne possède aucun ouvrage dogmatique où l'on trouve décrites les diverses altérations ou déviations organiques à côté des moyens que l'art possède ou peut acquérir pour y remédier. Mais on sent que j'ai dû bientôt abandonner ma première idée, en considérant les difficultés et l'étendue de ce sujet, dont l'entreprise me serait interdite par la circonstance où je me trouve, lors même qu'il ne serait pas au-dessus de mes forces. J'ai donc été obligé de me borner à l'examen des difformités d'une région, et encore, un écrit du genre de celui-ci est-il loin de comporter tous les détails dont seraient susceptibles les diverses altérations que je me propose de passer succinctement en revue.

Toutefois, je n'aborderai pas les vices de conformation de la face sans avoir jeté un coup-d'œil rapide sur ceux des autres régions, et exposé brièvement l'état de nos connais-

sances actuelles sur ce point. Ces considérations préliminaires rentrent d'ailleurs dans mon sujet, puisqu'elles sont applicables aux cas dont je dois spécialement m'occuper.

Et d'abord, faut-il confondre sous la dénomination générique de *monstruosités* les innombrables variétés de vices de conformations congénitaux ou acquis? toutes les aberrations du type fondamental, primordiales ou accidentelles, qui, suivant *Meckel*, doivent constituer le vaste sujet de l'anatomie pathologique? ou bien, comme le propose M. *Roux* (Leçons orales), faut-il distinguer les difformités, 1°. d'avec de simples variétés; 2°. d'avec certaines anomalies; 3.° d'avec certains vices d'organisation; 4°. d'avec les véritables monstruosités? Oui, sans doute, ces distinctions seraient bonnes dans un traité complet sur cette matière; car, par l'étude de chaque série, on arriverait à la connaissance de l'ensemble de toutes les altérations de forme, de configuration, d'organisation. Mais ici je dois m'abstenir de subdivisions trop minutieuses, et me contenter de signaler les différences capitales que présentent les difformités connées ou survenues, par des causes diverses, après la naissance.

La première division à établir et la plus naturelle, sans contredit, est donc celle des vices de conformation en *congénitaux* et *accidentels*.

Ces deux classes ont des caractères qui leur sont communs, et qui les distinguent en même temps de toutes les autres affections; c'est, 1°. d'être locaux, sans que cela exclue la coïncidence de plusieurs indépendans les uns des autres; 2°. une fois constitués, soit primordialement, soit

accidentellement, de persister dans le même état; 3°. de causer, soit une difformité plus ou moins choquante, soit, ou en même temps, une imperfection quelconque dans la fonction de la partie. (M. *Roux*, Leçons orales.)

Elles ont en outre (ces deux classes) des caractères qui leur sont propres, savoir :

1°. *Pour les vices congénitaux.*

— Ils ne sont pas tous originels.

— La plupart existent du côté gauche; ce qui paraît être la cause du principe général établi par *Meckel*, que la région et les parties, qui ne sont que des répétitions incomplètes des parties mieux développées, ou dans la production desquelles l'activité plastique semble déployer habituellement moins d'énergie, sont aussi celles qui s'écartent le plus souvent de la règle tracée et qui ont la forme la moins constante.

— Certains systèmes y sont plus sujets que les autres, par exemple, le vasculaire.

— Il en est de même de certains appareils, par exemple, le génital, l'urinaire.

— Il y a une longue série depuis l'anomalie la plus simple jusqu'à l'altération la plus considérable; jamais elle ne l'est assez pour qu'un organe soit méconnaissable.

— Les anomalies légères sont les plus fréquentes.

— Les femmes y sont plus sujettes que les hommes; ce que *Meckel* explique en disant; que l'organisation de la femme n'est que le résultat d'une évolution arrêtée à un degré inférieur.

2. *Pour les difformités accidentelles.*

Elles ne sont soumises à aucune des lois précédentes ; elles sont le résultat plus ou moins bizarre du hasard, des maladies les plus diverses, portant indistinctement sur tous les organes, sur toutes les régions, sur tous les individus.

Il faudrait ensuite considérer d'une manière générale, 1°. les différentes espèces de vices de conformation; 2°. leur origine; 3°. leurs inconvéniens ou dangers; 4°. leur degré de curabilité, et les moyens de les guérir.

§°. I. *Les différentes espèces.*

Ici viendraient se ranger les nombreuses classifications de *Haller, Blumenbach, Buffon, Meckel,* toutes celles enfin des anatomistes modernes allemands ou français, qui se réduisent à partager les monstruosités en trois grandes classes, savoir, 1°. celle où il y a excès d'énergie dans la force formatrice; 2.° celle où il y a au contraire défaut d'énergie; 3°. celle où il y a perversion de cette même force formatrice.

Cette division et les autres, qu'il serait oiseux d'énumérer, me paraissent également vicieuses ou insuffisantes sous le rapport pathologique, parce qu'elles ont l'inconvénient de disséminer les affections d'un même organe, d'exposer à des répétitions, de mettre dans l'impossibilité de classer certaines altérations; parce qu'enfin elles font présumer la cause qui a donné naissance aux diverses difformités; considération du premier intérêt quand on les étudie sous le rapport anatomique et physiologique, mais peu

importante sous le point de vue chirurgical. Dans le but nosographique et thérapeutique, j'aimerais mieux prendre pour base d'une classification les caractères purement physiques des conformations anormales. Je voudrais, avant tout, qu'on retranchât de ce nombre les duplicités de toute espèce, et que l'on ne considérât qu'un individu isolé : alors ne pourrait-on pas établir que les vices de conformation sont relatifs,

1°. *A L'existence des organes?* Défaut de certaines parties, comme membres, organes des sens, organes génitaux, de la femme surtout ;

2°. *A la position?* Déplacemens et transpositions organiques ;

3°. *Au nombre?* Plus ou moins considérable;

4°. *Aux dimensions?* Tantôt excès, tantôt et plus souvent amoindrissement des dimensions naturelles ;

5°. *A la configuration?* A celle-ci se rapportent particulièrement les variétés nombreuses de la charpente osseuse et les kylloses ;

6°. *A la continuité?* Elle peut exister là où des parties devraient être séparées, ou bien manquer là où elle devrait exister, d'où résultent tantôt des unions ou adhérences contre-nature, des oblitérations, imperforations ou déviations d'ouvertures naturelles; tantôt au contraire des divisions ou non réunions de différentes parties ;

7°. Enfin il resterait dans une classe à part certains vices d'organisation locaux, tels que le *nævi materni?* (M. *Roux*, Leçons orales.)

§. II. *Leur origine ou mode de conformation.*

On a attribué la production des monstres à une foule de causes diverses ou opposées; si on voulait les soumettre à une analyse rigoureuse, on serait obligé d'en réfuter complètement quelques-unes, et de réduire les autres à ce qu'elles ont seulement de probable. Ainsi, il faudrait commencer par exclure d'une discussion sérieuse toutes les causes surnaturelles ou superstitieuses dont voulaient bien se satisfaire les esprits crédules des temps éloignés de nous; mais à ceux qui pensaient, et au petit nombre de ceux qui pensent encore, que les monstruosités sont dues à l'imagination de la mère frappée de quelque objet durant la gestation, il faudrait objecter : que la ressemblance avec les objets déterminés est rarement exacte, et qu'elle n'existe le plus souvent que pour des yeux prévenus; que les animaux présentent, comme l'homme, des monstruosités, et qu'on ne peut admettre chez eux l'influence de l'imagination; que si, pourtant, on supposait ces animaux susceptibles d'une impression morale assez forte, l'objection resterait toute entière pour les végétaux, qui offrent aussi diverses monstruosités; que souvent des femmes engendrent des enfans monstrueux sans avoir éprouvé aucune impression notable, et *vice versâ;* que d'autres ont éprouvé plusieurs impressions successives qui auraient dû être effacées l'une par l'autre; que si l'imagination avait le pouvoir qu'on lui attribue, ses effets, au lieu d'être constamment fâcheux, devraient être quelquefois heureux, et par conséquent l'on pourrait produire à volonté tel ou tel sexe, et surtout certaines qualités physiques. Je ne parle pas de la nécessité qu'il y aurait, pour donner quelque fondement à cette théo-

rie, que le fœtus eût avec la mère des rapports, des connexions directs, par l'intermédiaire des systèmes vasculaire ou nerveux, tandis que ces deux êtres ne communiquent dans aucun temps que d'une manière médiate. Toutefois, on ne peut nier absolument l'influence de l'imagination sur certaines fonctions, puisqu'elle est capable de modifier la digestion, la circulation, etc. C'est probablement même à des perturbations de ce genre que sont dues les grossesses extra-utérines.

Une autre théorie plus rationnelle, et souvent incontestable, est celle des *causes accidentelles*. Nous pouvons, en effet, en voir l'image par ce qui se passe sous nos yeux chez l'homme vivant; sur lui l'action des corps extérieurs et une multitude de maladies donnent naissance à diverses difformités, dont nous suivons les développemens; des causes analogues peuvent produire de semblables effets en agissant, ou sur le fœtus, ou sur la mère, ou sur les deux individus simultanément. Ainsi l'on a vu naître des enfans avec des fractures, des luxations, des hernies, des phlegmasies de toute espèce; mais cette explication est inadmissible dans le plus grand nombre des cas, et de cette insuffisance sont nées les controverses interminables qui divisèrent si long-temps *Duverney*, *Winslow* et *Lémery*. (Voy. Mém. de l'acad. des sciences de 1733 à 1742.) Les deux premiers soutenaient contre le troisième, que les monstruosités provenaient d'un vice primitif des germes, théorie qui paraît tout à fait spéculative, et à laquelle on peut objecter, entr'autres choses, que si les germes étaient primitivement viciés, les individus monstres devraient toujours produire des monstres semblables, ce qui n'a pas lieu.

Pour expliquer les monstruosités dont la cause n'est point évidente et matérielle, les anatomistes modernes de France, et d'Allemagne surtout, ont établi qu'elles étaient le résultat d'une sorte d'arrêt dans l'évolution des germes pendant la vie utérine. Cette idée n'est pas nouvelle; elle fut émise par *Littre* en 1700; reprise, pour ainsi dire en sous-œuvre, et développée par MM. *G. Saint-Hilaire*, *Serres*, *Béclard*, *Breschet*, *Chaussier*, *Adelon*, *Sœmmering*, *Meckel*, *Tiedmann*, etc. Elle est devenue féconde en aperçus du plus haut intérêt; elle a conduit à découvrir que l'homme, aux différentes époques de sa formation, reproduisait l'état normal des autres animaux, et qu'ainsi, à quelque degré de développement qu'il s'arrêtât, quelles que fussent les parties enrayées dans leur évolution, il était toujours l'analogue de quelque espèce animale. Cette théorie, dit M. *Andral* (Dict. de méd., t. 14, p. 168), si on n'en exagère pas les conséquences, si on ne lui demande pas plus qu'elle ne peut donner, est une des plus hautes conceptions dont puisse s'honorer l'époque scientifique actuelle. Mais la contestation commence dès qu'il s'agit de déterminer sur quelles parties de l'organisation porte primitivement l'altération du *nisus formativus*. M. *Serres*, d'après de nombreuses recherches, appuyées par de grandes autorités, a émis l'opinion que les monstruosités tenaient à l'absence ou à l'imperfection du système vasculaire, que chaque partie du cerveau était dominée dans son développement par celui de ses branches artérielles; que du défaut d'artères axillaires ou fémorales résultait l'absence des membres supérieurs ou inférieurs, etc. *Béclard*, comparant le fœtus à une pseudo-membrane, pense que les artères ne se développent pas,

parce que les parties sont arrêtées dans leur développement par une autre cause. M. Andral (*loc. cit.*) reconnaît bien un rapport réel entre le développement des artères et celui des parties auxquelles elles se distribuent ; mais il ne pense pas qu'on doive admettre rigoureusement que le premier de ces phénomènes soit la cause du second.

Je ne terminerai pas sur ce point sans rappeler une opinion de M. *G. Saint-Hilaire*, qui admet, dans un certain nombre de cas, l'existence d'une influence mécanique qui agirait en détournant les organes ébauchés de leur situation accoutumée, ou en employant à des adhérences contre-nature une partie du sang destiné au fœtus. C'est d'après ces idées que ce savant naturaliste a produit des monstres à volonté chez les volatiles, en percutant, piquant ou perforant des œufs vernis partiellement ou renfermés dans de la baudruche.

Il est superflu de faire observer que tout ou presque tout ce que je viens de dire dans ces deux paragraphes se rapporte exclusivement aux vices de conformation congénitaux. Ceux qui sont accidentels offrent trop d'irrégularité dans leur manière d'être et dans leur source, pour qu'ils puissent bien cadrer avec ceux dans la production desquels éclate une puissance vitale.

§. III. *Inconvéniens et dangers qui en résultent.*

Ils causent une simple difformité ou une altération de fonction d'autant plus grave que la fonction est plus importante; ce qui peut être porté au point de rendre la mort imminente, comme on le voit dans le cas de certaines imperforations.

§. IV. *Leur degré de curabilité et la manière d'en entreprendre la guérison.*

Dans l'état actuel de la science, le nombre des vices de conformation curable est considérable, et peut augmenter encore. Pour les indiquer, il faudrait passer en revue les espèces énumérées dans la classification précédente, et mentionner les méthodes et procédés opératoires ou mécaniques qui sont applicables à chaque cas.

DES VICES DE CONFORMATION

DE LA FACE,

SOIT CONGÉNITAUX, SOIT ACCIDENTELS,

AUXQUELS IL EST POSSIBLE DE REMÉDIER PAR DES OPÉRATIONS CHIRURGICALES.

Bien que, rigoureusement, ce ne soit que par pure convention qu'on appelle *beauté, laideur, monstruosité*, l'ensemble de certains caractères physiques qui charment ou affectent péniblement notre vue, l'impression produite par ces conformations diverses de la figure est si subite et si peu raisonnée, qu'on ne saurait mettre en doute qu'il n'y ait en nous un sentiment instinctif qui nous fasse discerner ce qu'il y a de bien ou de mal dans toute œuvre de la nature ; et même, les conséquences d'une impression de ce genre sont si différentes, si importantes pour celui qui la reçoit et pour celui qui en est l'objet, que tantôt c'est un mouvement secret de sympathie, un désir de communication que l'on éprouve; tantôt, au contraire, c'est un sentiment prononcé de dégoût, d'aversion ou d'horreur. D'un côté, des formes belles de régularité et de vie vous séduisent et vous attachent; tandis que de l'autre, une structure bizarre, imparfaite ou mutilée, vous

déplaît et vous repousse. En vain une philosophie sévère reproche-t-elle à l'esprit humain tant d'injustice et de frivolité, l'être qu'une cause première ou accidentelle aura matériellement dégradé ne parviendra jamais à se faire complètement absoudre par la raison d'un jugement porté par les sens extérieurs. Quels que soient, d'ailleurs, les dons intellectuels qui lui seront échus, il existera, au sein d'une société cruellement ingrate, isolé, privé des affections de tout genre, qui seules peuvent donner du prix à la vie; et à peine recevra-t-il des plus bienveillans quelques marques d'une insuffisante pitié.

Grâces donc soient rendues à l'art qui a le pouvoir, sinon tout à fait et dans tous les cas, du moins souvent et en partie, de corriger les erreurs de la nature ou des malheurs dus au hasard! Grâces aussi soient rendues aux hommes habiles qui ont fait et font incessamment leurs efforts pour reculer les bornes de cet art, et dont l'éloge trouverait ici sa place, s'il ne devait pas avoir trop peu de poids dans ma bouche, où si les rapports d'une intimité qui m'honore ne le rendaient trop suspect!

Avant d'entrer dans l'examen de chacun des vices de conformation dont peuvent être affectées les différentes parties de la face, je crois nécessaire de donner une idée succincte de la structure de la face en général : cette esquisse pourra faire entrevoir la voie que suit la nature dans la production de certaines difformités; elle fera pressentir en même temps la rationalité de certaines opérations et les chances de réussite qu'elles présentent.

Anatomie succincte de la face. La face (*vultus*, προσοπων) est une région ovalaire, limitée en haut et en bas par le front et le menton, sur les côtés par l'une et l'autre oreilles, constituée par un assemblage de parties qui n'ont presque de commun qu'un même siége, des proportions et de la configuration desquelles résulte ce qu'on appelle *physionomie*. Des os, des muscles, des vaisseaux, des nerfs et la peau, sont les principaux élémens qui entrent dans sa composition.

La face, dans le squelette, se divise en partie *syncranienne* et partie

diacranienne : plusieurs os distincts composent la première, tandis que la seconde n'est formée que par un seul.

Les os qui concourent partiellement ou intégralement à former la partie syncranienne, sont : une portion du frontal, une portion du sphénoïde, une portion des temporaux, les maxillaires supérieurs, les nasaux, les jugaux, les palatins, les lacrymaux, les cornets inférieurs et le vomer, l'os maxillaire inférieur constitue à lui seul la partie diacranienne de la face. Chez l'adulte et dans l'état de développement le plus parfait, tous ces os sont unis entr'eux d'une manière solide ; mais cette réunion n'est que le résultat de l'extension, du rapprochement de plusieurs germes primitifs dont rien n'a contrarié la complète évolution. Les anatomistes ne sont pas tous d'accord sur le nombre de ces noyaux rudimentaires : généralement on en désigne trois pour l'os maxillaire supérieur, sans compter les petits os incisifs qui se développent à part ; on n'en assigne qu'un seul à l'os jugal ou de la pommette, quoi qu'on le trouve quelquefois partagé en deux et même trois portions par des sutures anormales ; les autres petits os de la face n'ont qu'un point d'ossification ; le maxillaire inférieur n'en a que deux suivant *Meckel*, trois suivant *Béclard ;* il en a quatre d'après *Autenrieth,* et *Spix* (Cephalogenesis) dit en avoir trouvé jusqu'à cinq.

Arrêtés dans leur développement par une cause quelconque, ces noyaux primitifs peuvent former des *diastématies* permanentes, qui entraînent ordinairement un semblable état des parties molles correspondantes.

Les muscles de la face, quoique nombreux, ne forment qu'un plan assez mince, et ont cela de remarquable, qu'ils tiennent presque tous aux surfaces ou apophyses osseuses par une extrémité seulement ; tandis que l'autre va aboutir ou à la peau, ou aux organes des sens, dont ils dirigent les mouvemens divers.

La peau, généralement assez mince, est revêtue dans quelques points ,et particulièrement sur la ligne médiane, d'un tissu lamineux serré ; tandis qu'aux joues, elle repose sur une couche considérable

de graisse qui lui permet beaucoup de mobilité et une extensibilité très-grande. On voit même, chez les femmes et les enfans, la graisse prédominer tellement sur les muscles qu'elle en efface les reliefs, disposition à laquelle on doit ces contours gracieux propres à des êtres dont la force n'est point l'apanage.

Toutes ces parties molles sont traversées et parcourues par des nerfs et des vaisseaux de tout genre qui forment des réseaux très-compliqués : là viennent se rendre et s'anastomoser une infinité de fois les branches diverses de l'artère carotide externe de la veine jugulaire interne, et des nerfs facial et trifacial. Ainsi, riches de tous les principes qui donnent et entretiennent la vie, les différentes parties de la face offrent à la chirurgie les ressources les plus précieuses, et, par suite, rendent légitimes les tentatives les plus hardies. Je passe maintenant aux vices de conformation.

La face peut manquer entièrement; cette difformité, qu'on appelle *aprosopie*, est liée à une acéphalie plus ou moins complète ; et comme la chirurgie est tout à fait impuissante contre elle, je dois me borner à l'indiquer.

Au lieu de manquer entièrement, la face peut être dans un état d'imperfection générale ; par suite d'une évolution incomplète, toutes les parties peuvent s'être arrêtées à l'état rudimentaire ; c'est ce qu'on nomme *atéloprosopie générale* (de α, *privatif*, τελης, *parfait*, et προσοπον, *face*,), disposition bien plus commune que l'aprosopie : quelquefois elle est partielle, et ne porte que sur un ou quelques os, d'autres fois sur les tissus charnus seulement; plus souvent, à la vérité, sur ces deux ordres de parties en même temps. L'*atéloprosopie accidentelle* peut offrir les mêmes distinctions, quant au siége ; mais, sous le rapport de la forme, elle peut être variée à l'infini ; des causes locales, générales ou extérieures peuvent la produire à un degré plus ou moins grave.

Ces deux classes d'altérations de la face peuvent être améliorées ou corrigées, dans certains cas, par des opérations chirurgicales qui sont sujettes à un trop grand nombre de modifications pour qu'on puisse

les soumettre à des règles précises. Dans un examen général de ces maladies, nous verrons jusqu'à quel point on peut approcher de ce but, à l'occasion de chaque altération partielle, dont je vais parler de la manière la plus concise qu'il me sera possible, sans omettre aucune des choses réellement importantes.

§ I. *Vices de conformation congénitaux ou accidentels des yeux et de leurs dépendances.* Il ressort de ce que je viens de dire sur l'atéloprosopie en général, que les deux yeux peuvent manquer totalement, ce qui constitue l'*anopsie* (de α, *privatif*, et ὄψ, *œil*), ou qu'il peut y avoir absence d'un œil seulement, ce qui donne lieu à la *monopsie* (de μονος, *seul*, et ὄψ, *œil*), ou bien encore qu'un œil peut offrir des imperfections, des difformités congénitales ou acquisses d'une ou de quelques-unes de ses parties constituantes, ce qui forme diverses espèces d'*atélopsies ;* il est facile de voir pourquoi je n'ai rien à dire des deux premières altérations : soit qu'elles tiennent à un arrêt de développement des bulbes olfactifs ou de quelque pièce osseuse des cavités orbitaires, ou de quelque branche artérielle encéphalique, elles sont et seront toujours au-dessus des ressources de la chirurgie. La troisième comprend, au contraire, plusieurs variétés accessibles à la main ou à l'instrument du chirurgien, et c'est de celles-là seulement que je dois m'occuper.

A. *Difformités congénitales ou accidentelles de l'iris.*

Adhérences. Par une disposition congénitale, ou à la suite de plaies, d'abcès, d'inflammation générale ou partielle de l'œil, on voit quelquefois la membrane iris contracter des adhérences vicieuses, ou avec la face interne de la cornée transparente, ou avec la membrane cristalline ; dans ce dernier cas, l'adhérence est générale le plus souvent ; dans le premier, au contraire, elle est presque toujours partielle ; c'est une plus ou moins grande étendue de la circonférence de l'iris qui, proéminant dans la chambre antérieure, vient se fixer

au pourtour de la cornée. Quand l'adhérence n'est pas très-étendue, il n'en résulte qu'une légère difformité et peu d'altération de la vision; l'adhérence à la membrane cristalline est ordinairement compliquée d'autres affections plus ou moins graves de l'œil ; elle entraîne l'immobilité complète de la pupille. Le traitement de ces altérations est plutôt prophylactique que chirurgical ; en effet, lorsqu'une maladie quelconque de l'œil peut faire présumer qu'elle sera suivie de l'une des adhérences dont nous parlons, on pourra, comme le conseille *Deshaies*, *Gendron*, exposer l'œil alternativement à l'obscurité profonde et à une lumière vive; mais cela peut être avantageux seulement lorsqu'il n'y a pas d'inflammation à l'œil. Si pourtant l'adhérence n'existait à la cornée que par un point étroit, on pourrait peut-être le détacher avec la pointe d'un instrument.

Procidence. Je laisserai de côté toutes les distinctions et discussions de *Scarpa*, *Beer*, *Travers* et autres, au sujet de la nature, des variétés et du traitement de la *procidence* ou *hernie* de l'*iris*, pour me hâter de dire qu'on entend par cette dénomination une petite tumeur formée par cette membrane, et engagée dans une ouverture contre-nature de la cornée, tumeur de volume et de forme très-variables, ordinairement néanmoins molle, noirâtre, irrégulièrement arrondie, ou plutôt anguleuse, mamelonnée; ayant pour effet de produire une douleur plus ou moins vive, une déformation de la pupille et une gêne plus ou moins grande dans la vision. Les causes qui l'occasionnent le plus fréquemment sont les plaies, les abcès, des opérations chirurgicales, etc. Le traitement de cette affection consiste, 1° à faire cesser les accidens inflammatoires qui en marquent le début, au moyen de saignées locales ou générales et de boissons rafraîchissantes ; 2°. à reprimer avec des caustiques, tels que le chlorure d'antimoine ou le nitrate d'argent, la partie exubérante de l'iris ; ce que l'on fait avec la plus grande précaution et à plusieurs reprises, dans le but de favoriser l'adhérence avec la surface interne de la cornée, ou de ménager celle qui serait déjà commencée ; 3°. à

exciser la tumeur lorsque déjà elle est ancienne et pédiculée, de manière toujours à ne pas détruire l'adhérence formée avec quelque point de la circonférence de la cornée.

Atrésie. L'*atrésie* de l'iris peut être congénitale ou accidentelle. Cette dernière espèce succède aux plaies, aux ophthalmies, à l'opération de la cataracte, etc, et mérite particulièrement le nom d'*oblitération.* L'*imperforation* congénitale est due ou à la coalition des deux moitiés dont l'iris est primitivement formée ou à la persistance de la membrane pupillaire qui, d'après les recherches de M. *J. Cloquet*, disparaît ordinairement après le septième mois de la gestation : quelle qu'en soit l'origine, au reste, cette conformation vicieuse a pour effet de produire la cécité complète. Les moyens chirurgicaux employés jusqu'à ce jour pour en obtenir la guérison sont les suivans : 1°. *La section* de l'iris par sa face postérieure : *Chéselden* est l'inventeur de cette méthode, que le hasard lui fit découvrir; elle consiste à porter au point de la sclérotique où l'on enfonce l'aiguille à cataracte un couteau étroit, avec lequel on va diviser l'iris de l'angle interne à l'angle externe de l'œil, sur la partie moyenne ordinairement, et à la partie supérieure s'il y a complication de cataracte. *Janin*, prenant en considération les nombreux insuccès que *Sharp* avait eus par cette méthode, faisait l'incision de haut en bas; cependant M. *Adams* a adopté et exécuté avec succès l'incision horizontale à l'aide d'un petit couteau en rondache. *Guérin* (de Bordeaux) combinant ces deux procédés, pratiquait une incision cruciale au centre de l'iris. 2°. *L'excision* d'un lambeau de la membrane, pratiquée par MM. *Wenzel* et *Demours* avec des ciseaux fins, en traversant la cornée, et par *Beer*, à l'aide d'un petit crochet qui attire l'iris sur les lèvres d'une incision faite également à la cornée. M. *Mannoir* incise aussi la membrane triangulairement par un procédé plus compliqué. 3°. *Le décollement* de l'iris, dans une portion de sa circonférence; méthode dont l'idée fut donnée à *Scarpa* par un des accidens qui résultent quelquefois de l'opération de la cataracte, et qu'il pratiquait avec une aiguille plongée

à travers la sclérotique. M. *Roux* a employé les trois méthodes que je viens d'indiquer avec un succès à peu près égal. Tout récemment il a mis en usage, avec une pleine réussite, celle de *Wenzel*, sur une dame chez qui l'opération de la cataracte, faite par extraction il y a un an, avait été suivie de l'opacité de la membre cristalline et d'un rétrécissement considérable de la pupille; la cornée ayant conservé sa transparence, M. *Roux* l'incisa horizontalement, et avec elle l'iris et la capsule cristalline; aussitôt après il emporta une pièce arrondie de l'iris avec de petits ciseaux courbes, il résulta une pupille ronde, et la vision fut rétablie. M. le professeur *Boyer*, sans en adopter exclusivement aucune, semble reconnaître plus d'avantages à la troisième, et ajoute fort judicieusement qu'on ne doit jamais pratiquer une opération de ce genre sans que la cécité soit complète, parce qu'on ne saurait jamais répondre que l'ophthalmie qui peut survenir à son occasion ne détruise entièrement la vision. Je passe sous silence une foule de procédés que l'on trouve décrits dans *Samuel Cooper*, et je termine en indiquant l'opportunité de l'incision de l'iris dans quelque cas où la cornée peut être opaque vis-à-vis l'ouverture pupillaire, en conservant sa transparence dans les autres point; cette opération a été appliquée heureusement dans une circonstance semblable par M. *Demours*.

B. *Difformités congénitales ou accidentelle des paupières, des cils et sourcils.*

Atrésie et *adhérences*. L'*atrésie* palpébrale peut être complète ou partielle, congénitale ou acquise, simple ou compliquée d'adhérences plus ou moins étendues avec la surface du globe oculaire; quand ces dispositions vicieuses ne sont pas apportées en naissant, elles sont la suite de plaies ou d'inflammations de causes diverses; elles ont toujours pour effet de s'opposer à la vision. Inciser et disséquer les parties imperforées, oblitérées ou adhérentes, telle est toute l'indication chirurgicale; mais ces opérations, toutes légères qu'elles paraissent,

offrent encore certaines difficultés ; s'il y a adhérence avec la cornée, le cas est tout à fait incurable ; si elle est bornée à la partie de la conjonctive correspondante à la sclérotique, la dissection doit être faite avec beaucoup de précaution, et ce n'est pas sans peine qu'on réussit à empêcher de nouvelles adhérences ; outre les corps gras dont il faut enduire les surfaces sanglantes, il est nécessaire de passer souvent entr'elles un corps étranger qui s'oppose à leur agglutination. Quand il y a seulement imperforation dans une partie du bord libre des paupières, on incise le reste sur une sonde cannelée ; si l'atrésie est complète, on commence l'incision en soulevant les paupières réunies vers l'angle externe de l'œil, et on continue ainsi que je viens de le dire.

Ectropion. — Éraillement. — Entropion. — Trichiasis. Le relâchement congénital de la conjonctive, ou celui qui est la suite d'ophthalmies scrophuleuses varioleuses, ou bien encore celui qu'on observe chez des vieillards cacochymes, donne lieu a une difformité appelée *ectropion*, infiniment plus fréquente à la paupière inférieure qu'à la supérieure, et qui se présente sous l'aspect d'un bourrelet semi-lunaire, rougeâtre, mollasse, dominant et refoulant en bas le bord de la paupière. Dans d'autres cas l'ectropion est produit d'une manière toute différente, il est la suite d'un tiraillement de la paupière, occasioné par des plaies, des ulcérations, des cicatrices, etc. Toutefois, il faut distinguer de ces deux genres de renversement palpébral le véritable éraillement, que la plupart des auteurs ont confondu avec eux, et qui est caractérisé par une perte de substance de la paupière. Les inconvéniens d'un larmoiement continuel, et la douleur que fait éprouver à la conjonctive l'impression de la lumière, obligent bientôt à recourir aux ressources de l'art. Dans les cas les plus simples, les antiphlogistiques, ou les résolutifs et les caustiques, suivant qu'il y a ou qu'il n'y a point inflammation, suffisent pour faire rentrer la conjonctive dans ses limites naturelles ; mais plus souvent on est obligé de retrancher la doublure, pour me servir de l'expression pittoresque

de *Louis*, c'est-à-dire d'enlever avec les ciseaux toute la partie exubérante de la muqueuse; plus souvent encore, et toujours lorsqu'il y a éraillement, il faut employer le procédé imaginé par *W. Adams*, qui consiste à retrancher avec les ciseaux un lambeau triangulaire de la paupière renversée, et réunir par suture les lèvres de la division. J'ai vu plusieurs fois dans le courant de cette année (1827) employer cette méthode avec succès, par M. *Roux*, qui se sert pour former le lambeau d'un bistouri convexe sur le tranchant.

On observe quelquefois une direction telle des cils, que leur extrémité libre est sans cesse en contact avec la conjonctive oculaire, dont elle cause une inflammation plus ou moins violente; cette disposition, qui par une singularité inexplicable a lieu bien plus souvent à la paupière supérieure qu'à l'inférieure, peut être simple, mais le plus souvent elle est liée à l'inversion des paupières, état opposé à l'ectropion, et qu'on nomme *entropion;* quelquefois la cause en est inconnue; souvent ce sont des ophthalmies de différente nature qui le produisent. Quand l'ophthalmie est chronique, *Guthrie*, *Helling* et *Quadri* prétendent avoir guéri le trichiasis et l'entropion en touchant la conjonctive avec l'acide sulfurique. Ordinairement il faut recourir à une opération, qui consiste à exciser un pli fait à la peau au-dessous du rebord externe et inférieur du cartilage tarse. *Crompton* ramène, dit-il, le cartilage tarse à sa direction naturelle, en l'incisant perpendiculairement à ses deux extrémités, et en faisant horizontalement une troisième incision qui ne comprend que la conjonctive. *Saunders* enlève entièrement le cartilage. Je terminerai sur ce point en disant que l'arrachement des cils et la cautérisation de leurs racines sont rarement suivis de succès.

Prolapsus de la paupière. Janin rapporte un cas de prolapsus congénial de la paupière supérieure; d'ailleurs, cette difformité reconnaît pour causes les plus ordinaires, l'engorgement œdémateux, l'allongement de la peau ou la paralysie du muscles releveur : le résultat

immédiat est un obstacle plus ou moins grand à la vision, suivant que l'altération est plus ou moins marquée.

On prévoit que le traitement doit être approprié à la cause ou à l'ordre de causes qui ont produit la chûte de la paupière ; dans les cas d'atonie, d'œdème, ce sont les excitans, les résolutifs qui conviennent. Lorsqu'il y a allongement de peau, il est indispensable d'en retrancher une partie. Pour ce qui est de la paralysie, on dirigera contre elle les saignées, les vésicatoires, les sétons, et dans quelques cas le galvanisme : il y aura des chances diverses de réussite, suivant la nature de la paralysie ; car il est bon de faire observer qu'elle peut avoir son origine dans le cerveau ou dans quelque point du nerf de la troisième paire, entre le cerveau et les muscles de l'œil, ou enfin dans les petites branches qui parcourent les muscles eux-mêmes.

Lagophthalmie. Dans les cas opposés à ceux que nous venons d'examiner, les paupières, trop étroites naturellement, ou rétrécies par des cicatrisations vicieuses, ne peuvent s'abaisser et couvrir le globe de l'œil; tous les secours de l'art, dans cette affection, se bornent à préserver les yeux de la lumière par des moyens mécaniques.

Plaies et cicatrisations vicieuses des paupières et des sourcils. Dans le traitement des plaies des paupières et des sourcils, il faut toujours avoir en vue de prévenir la difformité qui résulterait de la cicatrisation séparée des deux lèvres ; on devra donc mettre les plus grands soins à les maintenir en contact par des agglutinatifs. Si cependant la réunion ne s'était point effectuée, et que les bords fussent écartés, il faudrait les rafraîchir, et en faire la suture, comme pour le bec-de-lièvre. Les difformités des paupières à la suite d'ulcérations ou de brûlures sont d'ailleurs infiniment variées, et il est impossible d'établir sur leur traitement des préceptes invariables. Dans le plus grand nombre des cas, les procédés opératoires devront être des modifications de celui que nous avons indiqué à l'occasion de l'éraillement.

§ II. *Vices de conformation congéniteaux ou accidentels du nez et des fosses nasales. Arhinie* (de *α privatif*, et *ῥὶν, nez*). L'absence plus ou moins complète du nez peut être l'effet d'un arrêt de développement des parties qui concourent à le former, ou le résultat d'un accident, d'une maladie quelconque. La première espèce d'arhinie se remarque surtout chez les fœtus monopses, parce que la monopsie elle-même est la conséquence d'une incomplète évolution de l'éthmoïde, par suite de laquelle les os propres du nez, au lieu d'occuper leur place habituelle, forment un groupe saillant au milieu du front. Sous le rapport chirurgical, je ne dois considérer que l'arhinie traumatique ou consécutive à des maladies développées après la naissance. Celle-ci, en effet, peut être corrigée par la chirurgie, quelque complète qu'elle soit, pourvu que les parties environnantes réunissent toutes leurs conditions normales; tandis que la première est liée à de telles difformités, que le fœtus n'est presque jamais viable. Si pourtant cette déformation, quoique congéniale, était unique dans la face, ce qui doit être extrêmement rare, elle rentrerait dans les conditions favorables pour qu'on en tentât la restauration. Les causes accidentelles qui donnent lieu à la perte intégrale ou partielle du nez, sont : les plaies par toutes sortes d'armes et d'instrumens ; les ulcères syphilitiques, cancéreux; les affections gangréneuses, la congélation, etc. Il résulte toujours de cette grave altération, non-seulement une difformité choquante, mais encore la perte plus ou moins complète de l'odorat, un vice désagréable dans l'articulation des mots. Le nombre et la gravité de ces inconvéniens rend raison des efforts que l'on a fait de tous temps pour y remédier, soit par des moyens mécaniques, soit par des opérations chirurgicales. L'histoire de ces dernières, les seules dont je doive parler, fourmille d'anecdotes dont l'authenticité a plus d'une fois été suspectée, et serait beaucoup trop longue à raconter. Je dirai cependant qu'elle a été marquée à deux époques par deux méthodes tout à fait différentes. La première, qui a été signalée en 1527, par *Alexendre Benedetti*, et en 1567, par *Vésale* (*chirurgia magna*), indiquée aussi par *Ambroise Paré*, se trouve

longuement décrite dans un ouvrage *ex-professo* de *Tagliacozzi*, auquel on en a, pour cette raison, attribué l'invention, qui paraît appartenir réellement aux *Branca*, père et fils, chirurgiens de Sicile. Cette méthode consiste, 1°. à tailler sur la face interne du bras un lambeau épais, avec des dimensions convenables pour former un nez proportionné aux autres traits de la figure, lambeau qu'on laisse attaché par un pédicule; 2°. à fixer la face interne de ce lambeau à la place du nez, préalablement rafraîchie; 3°. à maintenir les parties dans cette position par un bandage serré pendant trente ou quarante jours, après quoi on coupe le pédicule. Cette manière de refaire les nez est depuis long-temps abandonnée; ceux qui se servent encore d'un lambeau pris au bras le réunissent à la face par la suture, et lèvent l'appareil vers le quatrième ou sixième jour. La deuxième, décrite dans le *Gentlemen's Magazin* (octobre 1794), est attribuée aux Indiens, qui disséquaient un lambeau sur le front, en laissant un pédicule au niveau de la réunion des deux sourcils. Ce lambeau était ensuite appliqué, par sa face interne, sur la région du nez, et maintenue pendant quelques jours; après lesquels, l'adhésion s'étant faite, on détachait le pédicule. Telle est, à quelques modifications près, la méthode que l'on a employée dans ces derniers temps avec le plus grand succès. M. *Delpech*, de Mont-pellier, a fait treize fois la restauration du nez. Je l'ai vu pratiquer par M. *Lisfranc*, en 1826, sur un homme chez qui la congélation avait complètement détruit le nez y compris les os qui en forment la base. Ce chirurgien s'y prit de la manière suivante : après avoir tracé avec de l'encre sur la peau du front les dimensions qu'il voulait donner au nouveau nez, il disséqua cette portion de peau de haut en bas, rafraîchit ensuite les contours de l'ouverture nasale, et y appliqua les bords du lambeau, qu'il soutint au moyen d'une tente de charpie; les parties furent maintenues en contact par de simples bandelettes agglutinatives; la suture était impraticable, car toute la face était couverte de cicatrices peu extensibles, traces d'anciennes ulcérations, circonstance qui rendit le travail adhésif long et difficile; néanmoins le succès fut aussi

complet qu'il pouvait l'être chez ce malade, qui offrait d'autres difformités provenant de la même cause.

Diastématorhinie (*διάστημα intervalle*, *ῥὶν nez*). Je réunis sous cette dénomination toutes les divisions congénitales ou accidentelles du nez, soit sur la ligne médiane, soit sur les parties latérales; celles qui ont lieu sur la ligne médiane sont presque toujours originelles, et tiennent à la non réunion des deux parties dont le nez est composé.

Dans sa thèse inaugurale, M. *Laroche* cite quatre cas de ce genre, d'après *Dœveren*, *Sandifort*, *Béclard* et M. *Bidault;* quelquefois c'est sur les parois que la division a lieu, particulièrement au point d'union des ailes avec les joues. Je tiens de l'obligeance de M. *Boyer* la connaissance d'un fait beaucoup plus rare, c'est une division congéniale de l'aile du nez à la partie supérieure de son renflement, tout près de la face dorsale de cet organe. Les séparations accidentelles sont ordinairement la suite de plaies dont les lèvres n'ont pas été réunies. Dans tous les cas que nous venons de citer, excepté celui d'un écartement trop considérable et trop profond des deux moitiés du nez, avec amincissement de la peau, il convient de rafraîchir les bords de la solution de continuité, et de les maintenir en contact au moyen de la suture, comme dans l'opération du bec-de-lièvre.

Atrésie. Primordialement ou par suite de brûlures, d'ulcérations, de gangrène, etc, les narines peuvent être imperforées, rétrécies ou oblitérées à la circonférence antérieure ou dans une plus ou moins grande étendue de leur cavité : suivant le degré de ces altérations, on observe, gêne, difficulté de la respiration, voix nasonnée, sifflement incommode, surtout pendant le sommeil. Dans les cas de simple rétrécissement, l'usage long-temps continué de mèches dilatantes peut ramener les narines à leurs dimensions normales; mais, dans les autres cas, il faut employer l'instrument tranchant. S'il y a seulement atrésie de l'ouverture antérieure, on plonge un bistouri dans la narine, et, par deux incision faites de bas en haut, puis de haut en bas,

en retirant l'instrument, on divise les tissus qui unissent vicieusement les deux parois; on agit d'après le même principe, et avec la plus grande attention, lorsque la coarctation s'étend dans toute ou presque toute la cavité ou les cavités nasales; et toujours après les incisions, il est indispensable d'employer des corps dilatans pour prévenir de nouvelles adhérences. Quelquefois des cicatrices consécutives à des brûlures ou à des pertes de substance diverses donnent lieu à des adhérences difformes entre les ailes ou la cloison nasales, et quelque point de la lèvre supérieure; il faut les détruire par une incision transversale, et avoir soin de faire cicatriser séparément les lèvres de la petite plaie. La cloison nasale est sujette aussi à une multitude de difformités; celles qu'il est possible de corriger par la chirurgie, ou plutôt par des moyens mécaniques, sont les déviations ou inclinaisons vicieuses dans l'une des narines qui se trouve rétrécie aux dépends de l'autre; des mèches ou autres corps dilatans peuvent produire, au bout d'un temps assez long, des résultats avantageux.

§ III. *Vices de conformation congénitaux ou accidentels des lèvres et de la bouche.* La chirurgie est sans ressource contre l'abscence complète de la bouche ou de quelques-unes de ses parties; cette monstruosité est liée d'ailleurs à d'autres qui s'opposent à la viabilité du fœtus. Mais plusieurs imperfections de l'ouverture et de la cavité buccales sont susceptibles d'être corrigées ou avantageusement modifiées par diverses opérations dont je vais brièvement parler.

Atélochélie (de ατελης, *imparfait*, et χειλεα, *lèvre*). Ce vice de conformation peut s'offrir sous deux états opposés; la longueur ou l'épaisseur excessive des lèvres, une sorte d'hypertrophie, beaucoup plus rare que l'étroitesse, la brièveté, en un mot, l'agénésie plus ou moins marquée de ces parties. La première espèce de difformité est souvent bornée à la membrane muqueuse, qui, par son exubérance, produit un renversement des lèvres; on pourrait, dans un cas semblable, exciser cette partie excédante, comme on le fait dans certains

cas d'ectropion ; lorsqu'il y a longueur excessive d'une ou des deux lèvres, il est facile aussi d'en retrancher méthodiquement une portion. Comme je l'ai annoncé, la deuxième espèce de difformité est beaucoup plus fréquente ; on a vu des personnes chez qui les lèvres, par suite d'un arrêt de développement originel, ne couvraient pas les os maxillaires. Ces os alors sont ordinairement projetés en avant, pour n'avoir pas été soumis à la douce et continuelle pression des parties molles ; cette conformation vicieuse peut être accidentelle, et donner lieu aux mêmes conséquences quand elle a été produite dans un âge peu avancé ; ainsi nous avons vu, dans le courant de l'année 1827, à l'hôpital de la Charité, une jeune fille, venue du Limousin à Paris, dans l'espoir d'y trouver quelque moyen de remédier à une difformité de ce genre, vraiment hideuse, et d'autant plus pénible à voir que la moitié supérieure de la figure n'était pas sans quelque beauté. Chez cette fille, comme chez celles dont je rapporterai plus tard l'histoire détaillée, une affection gangréneuse avait détruit les deux lèvres à l'âge de cinq ans ; les os des deux mâchoires, que rien ne retenait dans leur direction verticale, s'étaient développés suivant une ligne très-oblique en dehors, tandis que les lèvres, minces, étroites, dépourvues de muscles, étaient restées adhérentes à la partie la plus inférieure des gencives. Par deux opérations faites à quelque temps d'intervalle, M. *Roux* disséqua ces adhérences, retrancha une portion considérable de chaque os maxillaire dans le sens vertical, et réunit ensuite par la suture les lèvres préalablement incisées, aussi verticalement, et devenues propres à recouvrir les os réduits à une moindre dimension. La malade, sans avoir obtenu par ces opérations une figure régulière, en avait cependant retiré un bénéfice notable ; mais elle refusa de se soumettre à celles qui restaient à pratiquer pour arriver à une amélioration plus marquée.

Atrésie et *adhérences.* L'imperforation complète de la bouche est extrêmement rare ; le plus ordinairement l'adhésion n'a lieu que dans une partie du bord libre des lèvres ; dans ces deux cas il faut se con-

duire comme je l'ai indiqué à l'occasion de l'atrésie des paupières; je m'abstiens d'une répétition qui serait tout à fait superflue. J'ajouterai néanmoins qu'il est ici de la plus grande nécessité de remédier promptement à cette disposition vicieuse, puisqu'elle est un obstacle à la succion, à l'ingestion des alimens, et jusqu'à un certain point à la respiration. On voit des adhérences formées en dedans ou en dehors du bord des lèvres; en dedans, elles ont lieu avec les gencives et sont presque toujours congénitales; en dehors, elles sont beaucoup plus étendues et constamment accidentelles. Il est facile de faire disparaître les premières au moyen d'incisions convenablement pratiquées; les secondes, au contraire, sont quelquefois si considérables, que la curation complète en est impossible. J'ai vu un cas de ce genre à l'hôpital de la Charité, dans le courant de l'année 1825, chez un jeune homme dont la face et le cou étaient couverts d'une énorme cicatrice résultant d'une brûlure; la peau et le muscle peaucier, s'étant notablement rétractés, avaient entraîné la commissure gauche de la bouche de manière qu'elle était placée presque verticalement au-dessous de l'autre, que les dents de ce côté étaient à découvert, et que cette espèce de gouttière donnait lieu à un écoulement continuel de la salive. M. *Roux* pratiqua plusieurs incisions transversales dans l'épaisseur de la peau et du peaucier, la commissure gauche de la bouche fut ramenée et maintenue en haut, mais la difformité ne fut en définitif corrigée qu'à demi.

Diastématies des lèvres, du voile du palais et de la voûte palatine.

D'après les recherches des anatomistes modernes, il paraît que la lèvre inférieure est primitivement composée de deux pièces qui viennent se confondre à la ligne médiane; la lèvre supérieure et la voûte palatine de quatre pièces principale; le voile palatin de deux. Si, par quelque cause inappréciale, une ou plusieurs de ces pièces primitives éprouvent un obstacle à leur complète évolution, il pourra résulter autant de divisions qui persisteront après la naissance. Ce-

pendant, d'après les lois d'organisation que j'ai indiquées dans l'introduction de ce travail, on remarquera. 1°. que les divisions congéniales sont infiniment plus fréquentes à la lèvre supérieure qu'à l'inférieure ; 2°. qu'elles sont beaucoup plus souvent simples que doubles ou multiples à cette même lèvre supérieure, et que, lorsqu'elles sont uniques, c'est presque constamment du côté gauche et en dehors de la ligne médiane qu'elles ont lieu ; 3°. que, lorsqu'elles ont lieu à la lèvre inférieure, c'est toujours et uniquement sur la ligne médiane ; 4°. qu'elles ont lieu plus fréquemment au voile qu'à la voûte du palais ; 5°. que, dans ces deux parties, elles sont presque toujours uniques. La diastématie, ou division de naissance des lèvres, qui a toujours une direction verticale, et comprend toute leur épaisseur, a reçu le nom vulgaire de *bec-de-lièvre*. Lorsqu'il y a à la fois division de la lèvre supérieure, de la voûte et du voile du palais, on désigne cette difformité par le terme comparatif de *gueule-de-loup*. Les causes accidentelles, comme plaies, coups de feu, ulcérations, etc., qui peuvent produire de semblables altérations, portent au hasard sur les unes et les autres, et sur tel ou tel point des parties que je viens d'indiquer, beaucoup plus souvent pourtant sur les lèvres que sur les parties intérieures de la bouche. Dans tous les cas, suivant le dégré de complication, et suivant l'âge, ces accidens ou ces conformations vicieuses donnent lieu à des phénomènes semblables, c'est-à-dire à une difformité choquante et à une lésion plus ou moins marquée de quelques fonctions. Ainsi, *Ferrand* (thèse) rapporte qu'une simple division accidentelle de la lèvre inférieure, laissant continuellement écouler la salive, avait été cause d'une affection tellement grave de l'estomac, que la personne qui en était le sujet dépérissait rapidement et était près de succomber, lorsqu'on reconnut la cause du mal et qu'on y remédia en réunissant par suture les deux portions de la lèvre divisée La diastématostaphylie simple, et à plus forte raison quand elle est compliquée de la division palatine, produit une impossibilité presque absolue de parler, chez l'adulte ; et chez l'enfant, lorsque ces divisions coïncident avec celle des lèvres, la

succion est tout à fait impraticable. Au reste, qu'est-il besoin que je m'appesantisse sur des inconvéniens si nombreux et si graves ? et ne suffit-il pas, pour les sentir, de faire attention que les organes dont je parle concourent d'une manière très-active à l'exercice de la respiration, de la nutrition et de la phonation ? Je me hâte de passer aux indications chirurgicales. Elles ont toutes un but commun, c'est de réunir les parties divisées (les os exceptés) au moyen de la suture ; et d'abord, relativement au bec-de-lièvre, plusieurs questions importantes ont été long-temps agitées, et quelques-unes partagent encore les opinions des praticiens les plus distingués. En passant sous silence, comme résolues, celle de l'excellence de la suture sur tout autre moyen unissant, de la préférence à donner à telle ou telle espèce d'aiguilles, et à tel ou tel instrument, pour aviver les bords de la solution de continuité, il reste encore à savoir, 1°. si l'on doit opérer les enfans naissans, lorsque le bec-de-lièvre est simple et sans complication. On a dit qu'à cet âge, les parties sur lesquelles on opère jouissant d'une grande vitalité, on avait, sous ce rapport, plus de chances de réussite ; que l'enfant, n'ayant aucune conscience de l'opération qui lui est pratiquée, y serait plus docile ; qu'enfin la trace de la suture s'effacerait plus facilement à cette époque ; mais précisément, à cause de la disposition de ces mêmes parties, c'est-à-dire de leur mollesse, de leur ténuité ; à cause de l'impossibilité où se trouve l'enfant d'exécuter les mouvemens de succion pendant plusieurs jours après l'opération, un grand nombre de chirurgiens, parmi lesquels se placent MM. *Boyer* et *Roux*, en contestent l'opportunité pendant les deux ou trois premières années de la vie. 2°. S'il faut les opérer immédiatement après la naissance, lorsque le bec-de-lièvre est multiple, et compliqué de la division du voile et de la voûte du palais, M. *Roux* opine négativement, et oppose aux raisons précédemment émises en faveur de l'opération, et de plus à la nécessité qu'on allègue de remédier le plus promptement possible à une difformité, qui, s'opposant à la succion, menace incessamment la vie de l'enfant, que cette opération, en supposant qu'on triomphât de

toutes les difficultés pour la faire réussir, ne lèverait point les obstacles à l'allaitement naturel, puisque le lait introduit dans la bouche repasserait par les narines pendant plusieurs mois, temps nécessaire pour que la diduction des os palatins s'effaçât (quand la chose est possible), et durant lequel on serait obligé d'avoir recours à l'allaitement artificiel. J'avoue que je suis disposé à adopter ce dernier avis, d'autant plus que, de nos jours, on a porté à un grand degré de perfection les moyens mécaniques de suppléer à l'allaitement naturel. Mais, l'opération une fois résolue, voici en raccourci comment on la pratique à l'hôpital de la Charité : on se sert, pour rafraîchir les bords de la division, de forts ciseaux bien trempés, qui en seul temps font une coupe nette à toute la hauteur de la lèvre. Si le bec-de-lièvre est double, et que le mamelon intermédiaire soit très-court, on n'en tient aucun compte, et on le comprend dans les deux incisions faites aux deux bords de la grande division. Si, au contraire, c'est un lambeau considérable qui sépare les deux fentes, on rafraîchit aussi ses parties latérales, et on le comprend ensuite dans la suture. Pour pratiquer celle-ci, on préfère aux aiguilles de longues épingles bien acérées, qui, ne s'oxydant pas aussi promptement, sont retirées avec la plus grande facilité. On entortille autour de ces épingles un long cordon de fils cirés, et on aide à l'action de ce premier appareil par un bandage unissant. Presque constamment la réunion est effectuée au troisième ou au quatrième jour. Une fois seulement, M. *Roux* l'a vu manquer, lorsqu'il retira les épingles; mais il l'obtint secondairement par des bandelettes agglutinatives et le bandage unissant.

A la guérison de ces divisions labiales se bornait, il y a quatre ou cinq ans, toute la puissance de l'art. M. *Roux* ayant observé que dans la diastématostaphylie, les deux parties s'affrontaient momentanément par le jeu des muscles, à chaque mouvement de déglutition, fut conduit par ses méditations à appliquer à cette division anormale les moyens employés jusqu'alors pour le bec-de-lièvre seulement. Tout le monde connaît l'histoire de la première opération de ce genre, à laquelle plusieurs circonstances donnèrent de la célébrité;

tout le monde sait aussi que *Græfe*, de Berlin, revendiqua aussitôt la priorité de l'invention. C'est dans le journal de *Hufeland* qu'il avait déposé, disait-il, le résultat de ses premières tentatives en l'année 1816; vérification faite, on trouva ce que *Græfe* avait annoncé; et, chose singulière, ce fait important était passé inaperçu, même de ceux qui s'occupaient le plus à cette époque de littérature médicale étrangère; M. *Roux* affirma l'avoir complétement ignoré, comme les autres, et il a trop souvent donné des preuves éclantes de sa bonne foi pour qu'on ait refusé de le croire sur parole. Au reste, l'opération de *Græfe* diffère beaucoup, si non quant au principe, du moins quant à l'exécution, de celle de notre professeur : l'un et l'autre se proposent de rafraîchir les bords de la division, de les rapprocher et de les maintenir en contact tout le temps nécessaire à l'adhésion. La manœuvre du chirurgien de Berlin est difficile et compliquée; celle de M. *Roux* est au contraire fort simple; néanmoins, il est vrai de dire que la situation profonde des parties rend cette opération une des plus délicates de la chirurgie. Je ne sais combien de fois *Græfe* l'a pratiquée et combien de succès il a obtenus. A l'époque de la publication de son mémoire sur la staphyloraphie (il y a trois ans), auquel je renvoie pour la description de l'opération, M. *Roux* avait pratiqué treize fois cette suture, et dans les cinq premiers cas pour de simples divisions du voile du palais. Alors il n'osait point espérer de pouvoir mettre en contact des parties que la diduction des os palatins éloigne considérablement; il le tenta néanmoins, mais sans succès d'abord; il n'en obtint que lorsqu'il eut fait au procédé, qui suffit dans les cas simples, une addition importante que voici : après avoir placé les trois fils ordinairement nécessaires, avivé les bords de la division et noué les deux anses inférieures, avant de passer à la troisième, il faut inciser largement dans la direction horizontale, et jusqu'auprès des apophyses ptérygoïdes le bord supérieur du voile palatin qui, par cela, devient assez extensible pour que ses deux moitiés puissent être affrontées. Lors même que la réunion ne se ferait point dans toute la hauteur du voile, il suffit qu'elle s'opère à quel-

ques lignes au-dessus de la luette pour que le malade soit à même de jouir du bénéfice d'un obturateur; ce qui est de toute impossibilité tant le voile du palais reste entièrement divisé. Depuis qu'il a fait connaître ses 13 premières opérations, M. *Roux* en a pratiqué 27 autres, dont 21 compliquées d'un écartement plus ou moins considérable des os maxillaires, ce qui fait une somme totale de 40. Sur ces 40 cas 19 étaient simples, et 13 de ces derniers ont réussi; 21 étaient compliqués, et 9 d'entr'eux seulement ont réussi; en dernière analyse, 40 opérations ont donné 22 succès.

Tel est le résultat général de cette opération toute nouvelle qui vient de faire, pour le rétablissement de la parole, ce que d'autres avaient déjà fait pour le rétablissement de la vue et de l'ouïe; que si l'on trouvait que la réussite n'est point assez certaine, surtout dans les cas de complication, je répondrais qu'on doit en être peu surpris, si l'on songe que le moindre effort de toux, d'éternument, la moindre imperfection dans le procédé opératoire, et une foule d'autres circonstances suffisent pour la compromettre.

Aglossie, *atéloglossie*. On a trouvé, chez quelques fœtus, que la langue manquait entièrement, mais plus souvent qu'elle était réduite à un état rudimentaire; tout récemment encore, M. *Chaussier* a observé, sur un fœtus mort à la maternité, deux petits tubercules mamelonnés, tout à fait séparés, uniques vestiges de la langue. Quand cet organe manque en totalité, il y a presque toujours d'autres difformités de la face. Mais le manque de la langue n'est pas toujours le résultat complet d'un arrêt de développement. Plusieurs affections peuvent à tout âge y donner lieu; telle est, et principalement, la gangrène. Dans tous ces cas de perte ou d'absence de la langue, on observe un phénomène bien remarquable : l'exercice de la parole est d'abord complètement aboli; mais après un certain nombre d'années, à force d'essais, de bégaiemens, ce mutisme originel ou acquis diminue d'une manière notable, et l'on finit souvent par articuler des sons et des mots très-distincts. Dans les cas où cette précieuse

faculté n'est point recouvrée, on y peut suppléer mécaniquement, en faisant usage d'un instrument de bois en forme de petite écuelle, que le hasard fit découvrir du temps d'*Ambroise Paré*. Ce chirurgien célèbre rapporte, avec sa naïveté ordinaire, « qu'un quidam eut « portion de la langue coupée, et resta trois ans sans pouvoir, par « sa parole, être entendu. Advint que lui étant aux champs avec « des faucheurs, buvant en une écuelle de bois assez déliée, l'un « d'eux le chatouilla à l'instant qu'il avait l'écuelle entre les dents. « et proféra quelques paroles, en sorte qu'il fut entendu, etc. » Il y a encore d'autres imperfections de la langue. M. *Laroche* cite un cas dans lequel des muscles manquaient d'un côté. On a vu aussi quelquefois des langues bifides, disposition qui, d'après les zoologistes, correspond à l'état normal des phoques et des sauriens. Si la division ne s'étendait pas trop loin vers la base de l'organe, on pourrait en rafraîchir les bords et produire l'adhésion par quelques points de suture.

Adhérences. Elles peuvent être et sont le plus souvent congénitales, siégeant à la base ou sur les côtés de la langue; quelquefois cependant elles sont le résultat de plaies d'ulcères, de maladies diverses. D'autres fois l'adhérence est telle que toute la base de l'organe est exactement unie à la paroi inférieure de la bouche. Chez les nouveaunés, ce vice de conformation est extrêmement grave, s'il est quelque temps méconnu; car la succion ne peut s'opérer, et un dépérissement rapide, la mort même peuvent s'ensuivre. *Faure* a décrit une variété de ces adhérences sublinguales, qu'il nomme *bourrelet charnu*, et qu'il faut se hâter d'exciser. Celle qui est étroite et se prolonge jusqu'à l'extrémité de la langue est désignée sous le nom de *filet*, et doit être aussi promptement excisée. On en a vu qui étaient fixées par une extrémité à une paroi externe de la joue. Les opérations que toutes ces difformités réclament sont assez simples pour qu'il me suffise de les indiquer.

Prolapsus. Il est le plus souvent congénial ; quelquefois cependant il survient à différens âges de la vie, et alors est presque toujours la conséquence d'une paralysie. Chez les nouveau-nés, ce vice de conformation est peu marqué ; mais si l'on n'y remédie promptement, il entraîne, en augmentant, une déformation de la mâchoire inférieure, qui forme une gouttière par laquelle s'échappe sans cesse la salive. Les dents antérieures ne se développent pas ou tombent ; le volume de la langue devient quelquefois tel qu'il déborde les lèvres, et tombe jusque sur la région hyoïdienne. Le premier effet de cette difformité est une altération de la nutrition et de la parole. Le traitement est assez facile chez les nouveau-nés ; il suffit ordinairement de toucher la langue avec des liqueurs stimulantes. « Un des moyens « les plus efficaces pour concourir au même but, dit M. le professeur « *Boyer*, c'est de choisir une nourrice dont le mamelon soit long et « gros : avec cette précaution, les enfans ne sont pas obligés d'al- « longer la langue pour exercer la succion, etc. »

Mais si l'on est appelé à remédier à ce vice de conformation, lorsqu'il est déjà tel que la langue, dans un état variqueux ou d'engorgement chronique, ne peut être replacée dans la bouche, il ne faut pas hésiter à retrancher toute la partie exubérante, et lui donner la forme convenable pour qu'elle puisse occuper la place qui lui était destinée.

§ IV. *Vices de conformation congénitaux ou accidentels de l'oreille externe.* Nous avons déjà vu que l'absence de l'organe de l'olfaction entraînait ordinairement la fusion des deux yeux ; de même l'*astomie* ou absence de la bouche plus ou moins complète entraîne le rapprochement et quelquefois la fusion des deux oreilles vers la partie inférieure et médiane de la face ; ainsi, il y a un enchaînement d'influences des organes sensoriaux les uns sur les autres, sous le rapport de leur évolution. Mais ce sont des altérations moins graves, et par conséquent plus communes, qui doivent fixer notre attention.

Le pavillon de l'oreille peut entièrement manquer, congénialement ou par suite d'un accident quelconque : pendant long-temps l'ouïe se trouve altérée, mais ce sens finit par recouvrer sa finesse première ; jusque-là on oblige de faire usage d'un cornet acoustique pour recueillir les rayons sonores. Par une disposition toujours congénitale, on a vu quelques parties du pavillon telles que le tragus, l'anti-tragus, l'antélix, dirigées et enfoncées dans l'ouverture du conduit auditif externe : cette difformité peut être portée au point de rendre de ce côté l'ouïe complètement nulle. Le seul moyen efficace d'y remédier, c'est de relever et de retrancher ces parties vicieusement disposées. Quelquefois le lobule de l'oreille manque seul, tandis qu'il offre d'autres fois une longueur démesurée : M. *Boyer* a été une fois obligé d'en retrancher une partie considérable, après avoir tracé préalablement avec de l'encre la forme qu'il devait donner à la partie restante. Dans ce cas, le lobule présentait, outre sa longueur excessive, une scissure à sa partie inférieure, de manière que la base de la conque restait fixée séparément à la joue. Dans de semblables occasions, il faudrait suivre l'exemple que je viens de citer. Il peut y avoir des divisions originelles des différentes parties du pavillon, mais c'est à la suite des plaies qu'on en observe le plus fréquemment. L'expérience a prouvé que, pour obtenir la réunion par la suture ou par les emplâtres agglutinatifs seulement, il suffisait que le lambeau fut suspendu par un pedicule même très-mince.

Quant à l'atrésie du conduit auditif externe, je pourrais en dire tout ce qui a été mentionné à l'occasion des fosses nasales; des causes accidentelles, semblables à toutes les autres que j'ai déjà citées, peuvent y donner lieu ; mais, le plus ordinairement, c'est une disposition congénitale qui offre plusieurs variétés : tantôt il y a oblitération ou imperforation produite par une membrane accidentelle placée à une plus ou moins grande distance de l'ouverture externe ; tantôt il y a des adhérences innées ou acquises des parois ; d'autres fois, rétrécissement naturel ou aplatissement de tout le conduit jusqu'à la membrane du tympan. Ces conformations vicieuses existent, ou sur

une oreille, ou sur les deux simultanément, produisent toutes, outre la difformité, une altération ou la perte complète de l'ouïe. Le diagnostic n'est pas également facile à établir dans tous les cas ; chez les nouveaux-nés, il est quelquefois impossible d'assurer à quelle espèce d'atrésie on a affaire, et par conséquent il faut beaucoup de prudence pour se déterminer à entreprendre une opération. C'est, en effet, par des opérations chirurgicales ou mécaniques qu'on remédie à ces difformités. Lorsque l'imperforation tient à la présence d'une membrane accidentelle, il faut l'inciser crucialement, et même en enlever un petit lambeau ; mais si cette membrane a son siége tout près de celle du tympan, on risquerait de perforer celle-ci en cherchant à détruire la première par l'instrument tranchant; alors il vaudrait mieux, comme le conseille *Leschevin*, la cautériser avec le nitrate d'argent. Quant aux adhérences, on les détruit aussi par l'instrument tranchant, quand elles ne sont pas trop profondes. Dans les cas d'étroitesse ou d'aplatissement du conduit, sa dilatation par des corps solides, tels que des cannules métalliques, est le seul moyen dont on puisse faire usage avec quelque chance de succès.

§ V. *Vices de conformation congénitaux ou accidentels des joues.* Les joues forment les parois de la bouche, et comprennent de chaque côté une région circonscrite par le nez, la commissure des lèvres l'orbite, les oreilles et la base de l'os maxillaire inférieur; ainsi, c'est ici le lieu de signaler les difformités de la mâchoire inférieure. Je n'en dirai qu'un mot, et seulement pour compléter le cadre que je me suis tracé. L'os maxillaire peut être arrêté dans son développement, et offrir de si petites dimensions, qu'il semble que le sujet qui présente cette anomalie soit tout à fait privé de menton ; cette atélognathie est toujours liée à quelque autre difformité. Une disposition tout à fait opposée à celle que je viens d'indiquer, est l'excessive longueur des deux moitiés de l'os, qui donnent lieu à une saillie telle du menton, que dans ce point le bord alvéolaire inférieur dépasse le supérieur; il n'y a dans ce cas d'autre moyen à employer qu'un ap-

pareil mécanique dont l'action continue pourrait modifier cette direction vicieuse du bord alvéolaire et des dents. M. *Catalan*, habile dentiste de Paris, a obtenu chez une personne ainsi conformée le plus heureux résultat, par une machine qui, passant sur l'éminence du menton et allant se fixer à la voûte palatine, exerçait sur les parties projetées en avant, une douce et continuelle pression.

Quant aux difformités des joues proprement dites, une première remarque s'offre d'abord à l'esprit, savoir, qu'elles diffèrent de celles que nous avons examinées jusqu'ici, en ce qu'elles sont beaucoup plus souvent accidentelles que congéniales. Les plus remarquables de ce dernier genre sont les fissures des joues; il y a ordinairement en même temps division des parties molles et osseuses, et ces écartemens s'étendent de l'angle des lèvres aux angles interne ou externe de l'orbite. Il est rare que ces vices de conformation existent seuls; Klein (*Monstr. quorum. descrip. Stuttg.* 1793) rapporte une observation de fissures des deux joues sur le même individu. Si ces fentes existaient sans d'autres complications plus graves, et que les parties molles environnantes fussent assez épaisses, il serait rationnel d'en faire la suture; les os divisés se trouvant ainsi recouverts et mollement entraînés l'un vers l'autre, finiraient sans doute par se réunir, comme cela se fait pour les os maxillaires dans certains cas de bec-de-lièvre compliqué qu'on opère dans le jeune âge.

Les difformités accidentelles des joues sont, ai-je dit, infiniment plus fréquentes, une multitude de causes peut, en effet, les produire, telles sont les plaies par toutes sortes d'armes et d'instrumens, les ulcérations de diverses espèces, et surtout les affections locales ou générales qui se terminent par des mortifications particlles des tissus. A la suite de plusieurs maladies épidémiques ou contagieuses, il survient à la face des escarrhes qui en détruisent une plus ou moins grande étendue; ces solutions de continuité sont ordinairement fort irrégulières dans leur forme, et, sous ce rapport, ne peuvent être soumises à aucune description générale. Celles qui résultent d'instrumens

tranchans, sans avoir, plus que les précédentes, un siége déterminé, offrent du moins des bords assez réguliers, et leur écartement est le plus souvent borné à quelques lignes d'étendue. Ces deux ordres de conformations vicieuses offrent néanmoins la même indication chirurgicale, qui est le rapprochement et l'union des parties séparées par la suture, les agglutinatifs et les bandages unissans. Mais il serait de toute impossibilité de préciser d'avance dans quels cas et par combien d'opérations on obtiendra le but qu'on se propose ; dans quels cas, au contraire, il serait téméraire d'entreprendre une opération quelconque : c'est au chirurgien à suivre son inspiration ; il verra, il sentira ce qu'il n'est pas possible de transmettre par le langage. On n'oubliera pas, cependant, que par la structure anatomique la face présente des ressources immenses, et que c'est à la connaissance et à l'appréciation de ces avantages qu'on doit d'avoir osé tenter et d'avoir obtenu la guérison d'un grand nombre de difformités, qui, à une époque peu éloignée de la nôtre, étaient seulement déguisées par des appareils mécaniques dont l'imperfection ne trompait les yeux de personne. Les deux observations que je rapporterai plus bas prouveront mieux que toutes les généralités possibles ce qu'il est permis d'attendre de la chirurgie dans les altérations les plus graves de ce genre, et qu'elle est la marche à suivre pour arriver aux plus heureux résultats.

Mais, auparavant, je dois joindre aux vices de conformation des joues précités ceux qui résultent de cicatrisations irrégulières plus ou moins choquantes ; car on en voit sur différens points de ces surfaces comme aux orifices des organes des sens que nous avons examinés ; leurs dimensions offrent une multitude de variétés. Celles dont il est rationnel d'entreprendre la curation ne doivent pas être très-considérables, sans quoi la cicatrice nouvelle serait presque aussi visible que la première ; mais, lorsque les difformités n'ont que quelques lignes de diamètre et qu'elles sont anfractueuses, on peut les circonscrire par deux incisions elliptiques qui comprennent toute l'épaisseur de la peau ; les enlever ainsi et réunir les bords de

la petite plaie, que des bandelettes agglutinatives maintiennent d'ordinaire suffisamment en contact.

Ces préceptes sont applicables aussi à quelques autres altérations locales de la peau (différentes du *nævi materni*), dont l'origine et la nature sont également difficiles à apprécier, mais qui cependant résultent quelquefois de boutons dartreux ou chancreux qu'on a irrités avec les ongles ou par des médicamens. Il me reste à indiquer quelques vices de conformation que je ne pouvais faire entrer dans aucune des divisions topographiques que j'ai suivies, par la raison que ces altérations peuvent également siéger sur tous les points de la face ; je veux parler des productions cornées et verruqueuses, des *nævi materni* et des tumeurs érectiles.

A. Il n'est pas très-rare de voir sur différentes parties du visage des productions cornées plus ou moins volumineuses ; elles sont solitaires ou multiples, et paraissent avoir une prédilection pour les régions abondantes en follicules sébacés. *Év. Home*, *Ast-Cooper* et *Travers* pensent même que ces follicules en sont la matrice. La dureté, le volume, la hauteur de ces cornes sont quelquefois considérables ; nous avons vu, il y a quelques années, à l'hospice de Perfectionnement, une vieille femme qui en portait une sur le front, d'environ six pouces de diamètre, et autant de hauteur. C'était une véritable sécrétion épidermique analogue à celle de l'extrémité des ongles. Un autre exemple des plus curieux est celui que rapporte M. *Boyer* (Trait. de mal. chir. t. 11), d'après l'Histoire de France de Mézeray ; le voici : « En l'an 1599 il se trouva au pays du Maine « un paysan nommé François Trouillu, âgé de trente-cinq ans, por- « tant à la tête une corne qui avait percé dès l'âge de sept ans ; elle « était cannelée en lignes droites et se rabattait en dedans, comme « pour pénétrer dans le crâne. Ce paysan s'était retiré dans les bois « pour cacher cette difformité monstrueuse, et y travaillait aux char- « bonnières. Un jour que le maréchal de Lavardin allait à la chasse, « ses gens ayant vu ce paysan qui s'enfuyait coururent après ; et

« comme il ne se découvrait point pour saluer leur maître, ils lui « arrachèrent son bonnet, et ainsi aperçurent cette corne. Le maré- « chal fit venir cet homme à la cour, le présenta à Henri IV, et il fut « donné en spectacle à Paris à tout le monde; désespéré de se voir « promener comme un ours, il en conçut tant de chagrin qu'il en « mourut bientôt après. » Si les cornes n'offrent pas un danger immédiat, elles sont susceptibles cependant de produire à la longue des accidens funestes; car le derme sur lequel elles sont implantées a une grande tendance à devenir cancéreux. Aussi, comme il n'y a aucun danger à les enlever avec l'instrument tranchant, il faut se hâter de le faire en circonscrivant la base par des incisions elliptiques, et disséquer jusqu'au-dessous de la racine.

B. Il se développe quelquefois sur la face, comme sur d'autres parties du corps, de petits tubercules brunâtres, qu'on nomme vulgairement *verrues*, dont l'étiologie est fort obscure; comme les productions précédentes, elles sont solitaires ou multiples, et diffèrent beaucoup entr'elles par le volume, la forme, etc. Les unes sont fendillées à leur surface, les autres sont arrondies, lisses et polies; l'épiderme et le chorion, épaissis, paraissent en être la base, et souvent on découvre des vaisseaux sanguins qui les traversent. On a proposé contre elles, la ligature, la cautérisation et la section; la ligature ne convient que lorsque la verrue à un pédicule assez étroit pour qu'on puisse l'étreindre, et encore elles repullulent fréquemment après cette opération. La cautérisation par le nitrate d'argent suffit quand elles sont petites et molles; dans les autres cas, l'acide nitrique est préféable; mais le plus sûr de tous les moyens est, sans contredit, l'éradication par l'instrument tranchant. Si, après avoir enlevé la racine de cette manière, on applique sur la plaie le nitrate d'argent, on est à peu près certain que l'affection ne se reproduira pas.

C. On a long-temps confondu les *nævi materni* ou *cuvies* avec d'autres taches de naissance, qui en diffèrent essentiellement par les

conséquences funestes qu'elles entraînent à une époque plus ou moins avancée de la vie, mais le plus souvent dans les premières années. Ces altérations ont pourtant des caractères distinctifs, qui sont, pour les *nævi*, une teinte brunâtre, uniforme, ne changeant jamais sous l'influence de l'état de la circulation, peu ou point de relief au-dessus de la peau, et consistant, suivant M. *Breschet*, en un changement dans le *pigment* de la peau : pour les autres, peu d'étendue, une couleur rosée, lie de vin, élévation sur la peau, produite par un enlacement de vaisseaux variqueux, d'apparence quelquefois granuleuse, etc. Ces dernières, comme les véritables *nævi*, restent quelquefois long-temps stationnaires; mais toujours ou presque toujours il se forme en elles un changement notable et rapide ; elles gagnent en étendue, en volume, offrent bientôt quelques pulsations, et constituent ce qu'on nomme *tumeurs érectiles;* elles semblent commencer par la dilatation des vaisseaux capillaires, et ne paraissent recevoir leur accroissement des grosses branches vasculaires qu'à une époque très-avancée. Mais on observe à la naissance d'autres tumeurs sanguines, qui ne succèdent pas à des taches congéniales, ou du moins qui se forment si rapidement qu'on n'a pas eu le temps de s'apercevoir si elles étaient précédées de quelque autre altération; tantôt elles paraissent être formées par la dilatation des artères, tantôt par celle des veines, d'autre fois par ces deux ordres de vaisseaux en même-temps. Les pathologistes français et anglais, qui les ont étudiées avec soin, les ont, à cause de ces dispositions diverses, nommées *tumeurs variqueuses*, *anévrysmes par anastomose*, *fongus hématodes*. Toutes ces tumeurs congénitales ont une singulière prédilection pour certaines parties de la face riches en vaisseaux, telles que les lèvres, les ailes du nez, les paupières, les joues, les lobules des oreilles, etc. Quelquefois ces sortes de tumeurs sont accidentelles, surviennent à différens âges, à la suite de contusions, de compressions, et alors affectent les membres plus fréquemment que la face.

Outre la difformité proportionnée à leur volume, elles offrent un danger d'autant plus grand qu'elles gagnent plus rapidement en éten-

duc; leur curation devient urgente. Parmi les nombreux moyens qu'on a proposés à cet effet, voici les seuls qu'on mette généralement en usage de nos jours : 1°. *La ligature*, qui ne convient que dans des cas rares, lorsque la tumeur est pédiculée. 2°. *La ligature des artères de la tumeur.* Cette méthode, comme le fait remarquer M. *Roux*, (Dict. de méd., t. 20) est une heureuse application de celle de *Hunter* pour les anévrysmes, non qu'elle soit suffisante dans tous les cas, mais elle est quelquefois la seule qu'on puisse employer, et toujours elle sert à préparer l'efficacité d'autres moyens. C'est ainsi que chez une fille qui avait une tumeur érectile qui occupait la moitié droite de la lèvre supérieure, et une partie de la joue, M. *Roux* lia les artères labiale, sous-orbitaire droite et coronaire gauche; par cette première opération la tumeur diminua de beaucoup; la compression, exercée ensuite pendant quelque temps, la réduisit encore, et enfin l'extirpation en devint aussi simple que celle d'une tumeur cancéreuse. 3°. *L'extirpation.* C'est le moyen par excellence toutes les fois que, par son siége, la tumeur est accessible à l'instrument tranchant; il faut alors la circonscrire et en pratiquer l'éradication; il faut même enlever avec la maladie une certaine étendue de parties saines; il faut aussi éviter avec le plus grand soin d'inciser la tumeur elle-même, pour ne point s'exposer à une hémorrhagie qui pourrait être mortelle, comme cela est arrivé à un enfant opéré par *Wardrop.* La tumeur une fois enlevée, on lie les vaisseaux que l'on peut saisir, ou on cautérise avec le fer rouge la surface de la plaie : c'est de cette manière que, dans le commencement de l'année 1827, j'ai vu pratiquer par M. *Roux*, chez un enfant âgé de neuf mois, l'ablation d'une tumeur sanguine qui couvrait tout le côté droit du nez, depuis l'aile de cet organe jusqu'au bord inférieur de l'orbide. La guérison fut complète. 4°. *La compression.* Elle n'est guère applicable lorsque la tumeur est volumineuse. M. *Boyer* dit cependant l'avoir employée avec succès dans des fongus vasculaires des lèvres; mais ce moyen est très-avantageux contre les taches de naissance, qu'on reconnaît, à certains caractères, comme susceptible d'acquérir un développement

facheux. Les tumeurs de la face sont presque toujours situées sur des parties assez solides pour qu'on puisse l'exercer. Il serait superflu de dire que l'appareil compressif doit agir à peu près comme un tourniquet dont on peut graduer la force, et qu'il ne doit presser que sur la partie malade.

Me voici arrivé aux limites du cadre que je m'étais tracé ; je suis loin d'avoir examiné toutes les conformations vicieuses de la face et des sens en particulier ; j'ai complètement négligé celles qu'il était possible de corriger par des appareils mécaniques plus ou moins parfaits pour m'attacher à celles-là seulement contre lesquelles la puissance de la chirurgie est reconnue ou admissible. Il me reste à rapporter les deux exemples de restauration de la face que j'ai annoncés, et dont les sujets sont deux jeunes filles affectées de difformités analogues provenant de causes semblables : dans le premier cas, on verra une destruction partielle de la lèvre et de l'os maxillaire supérieurs ; dans le second, ces mêmes altérations, et de plus la destruction presque complète de la joue gauche.

I^re^. OBSERVATION.

Perte de substance de la lèvre et de l'os maxillaire supérieurs, suite d'affection gangréneuse. Guérison obtenue par deux opérations.

Virginie Collet, âgée de dix-neuf ans, habitait, non loin de Paris, une contrée où régnait une épizootie charbonneuse : affectée bientôt elle-même d'une maladie désignée vaguement sous le nom de *fièvre putride* ou *maligne*, il lui survint une escarrhe à la lèvre supérieure du côté droit : l'os maxillaire correspondant et une partie de l'autre, voisine de la ligne médiane, furent frappés de nécrose. Lorsque la malade entra à l'hôpital de la Charité, le 12 juillet 1827, six semaines après l'accident, la lèvre supérieure offrait une large échancrure depuis la commissure droite de la bouche jusques un peu au delà de la ligne médiane, c'est-à-dire dans l'étendue d'en-

viron quinze lignes, et supérieurement jusques un peu au-dessus du bord de l'aile du nez. Sur le plan postérieur à cette arcade irrégulière, on voyait la surface externe de l'os maxillaire d'une couleur noirâtre foncée ; les dents néanmoins étaient saines, quoiqu'un peu ternies ; l'altération de l'os paraissait avoir les mêmes limites que celle des parties molles. Cette portion nécrosée était légèrement mobile, et le troisième jour on la détacha sans trop d'effort. La surface osseuse restante était couverte de bourgeons charnus ; les parties molles s'affaissèrent un peu.

Première opération. L'indication chirurgicale était facile à saisir, mais l'exécution offrait quelques difficultés, à cause de la grande étendue transversale de la solution de continuité. Voici comment M. *Roux* y procéda le 31 juillet : il pratiqua obliquement en arrière, à partir de la commissure droite, une incision sur la lèvre inférieure, de l'étendue de six à huit lignes ; ensuite les parties molles furent détachées de l'os maxillaire préparation qui les rendait plus extensibles ; cependant, lorsqu'on voulut les mettre en rapport, c'est-à-dire porter le côté externe de l'échancrure vers la partie médiane de la face, on ne le put pas entièrement ; on y parvint dans les deux tiers supérieurs seulement, et on maintint réunis les bords précédemment rafraîchis au moyen de deux points de suture entortillée ; il fallut renoncer, pour le moment, à réunir les deux extrémités inférieures de la division qui formaient un écartement trop considérable. On panse convenablement, et l'on abandonne à elle-même la petite plaie faite à la lèvre inférieure.

Le lendemain, il y avait un peu de gonflement et une couleur un peu violacée autour des épingles ; d'ailleurs, état général satisfaisant.

Le quatrième jour, on enlève les épingles ; la réunion s'est effectuée. Bandelettes agglutinatives pendant quelque temps ; les bords des parties excisées et non réunies suppurent.

Deuxième opération. Jusqu'au 18 septembre il ne se passa rien de notable chez la malade, qui désirait vivement que la cure fut terminée. A cette époque, les parties étaient bien cicatrisées et souples; l'écartement avait huit lignes d'étendue sur dix lignes de hauteur; le bord inférieur de l'aile du nez en formait la limite supérieure, et en dedans il se terminait à la ligne médiane. Cette échancrure, à peu près triangulaire, quoique beaucoup moins étendue que la première, laissait encore voir le bord inférieur de la portion d'os maxillaire restante. On ne pouvait réunir les parties séparées, au moins tout à fait en bas, sans les détacher des os dans une grande étendue; c'est ce qui a été exécuté jusques sous les deux ailes du nez; alors les bords ont pu être mis en contact et maintenus par suture, non toutefois sans qu'il résultât de cette traction un plissement très-marqué et un rétrécissement de l'orifice buccal.

Le quatrième jour, aucun accident n'était survenu; les aiguilles furent retirées et la réunion fut parfaite. Les pansemens suivans la consolidèrent; bientôt toutes ces parties froncées, comme je viens de le dire, prirent de l'extension, et les plis s'effacèrent en grande partie; la bouche devint tout à fait régulière; en un mot, le résultat de l'opération fut tel, qu'il n'est guère possible à la chirurgie d'en obtenir de plus satisfaisant.

II^e^. OBSERVATION.

Perte de substance considérable, suite de gangrène à la joue gauche. Guérison obtenue par sept opérations consécutives.

Stéphanie Joly, âgée de vingt-deux ans, entra à l'hôpital de la Charité le 11 avril 1826, offrant l'état suivant : la plus grande partie de la joue gauche etait détruite, une portion assez grande de l'os maxiliaire supérieur et une plus grande étendue encore des parties molles correspondantes étaient comprises dans cette large solution de continuité, qui établissait une communication permanente avec

l'intérieur de la bouche, et dont les limites étaient, en dedans la ligne médiane du visage, en dehors une ligne tirée par la pensée de l'angle externe de l'œil perpendiculairement sur la mâchoire inférieure; en bas la lèvre inférieure, et en haut une ligne transversale qui aurait passé à quatre ou cinq lignes environ au-dessous du bord inférieur de l'orbite; pourtant l'ensemble de cette ouverture n'était point quadrilatère; elle avait au contraire la forme d'un triangle irrégulier à angles arrondis, et laissait apercevoir, d'abord l'intérieur de la narine gauche et la cloison médiane du nez dans à peu près sa moitié antérieure, l'aile du nez étant en partie détruite, et ce qui en restait libre et relevé; plus profondément, le côté gauche de la langue presque jusqu'à la base et environ la moitié de la voûte palatine, et l'intérieur du sinus maxillaire; on voyait en outre aux deux extrémités de l'échancrure osseuse une dent incisive et une molaire.

Cette jeune fille, dont l'intelligence était assez développée, nous raconta que cette grave altération était le résultat d'une maladie qu'elle avait faite deux ans auparavant. Il paraissait qu'elle avait été atteinte d'une affection représentée par le groupe de symptômes qu'on appelait *fièvre putride*, durant laquelle les accidens cérébraux mirent ses jours en danger, et qui fut accompagnée ou suivie d'un anthrax au niveau de la fausse canine de la joue gauche, qui devint à cette occasion le siége des désordres précédemment décrits.

Notre jeune malade, désireuse autant que possible d'être délivrée, à quelque prix que ce fut, des soucis que lui causait une difformité dont elle comprenait au plus haut point tous les inconvéniens, réclamait avec instance les secours de la chirurgie.

Du côté du nez et de l'orbite les parties étaient peu lâches, peu extensibles et peu vivantes; la lèvre supérieure manquait entièrement; du côté externe, au contraire, les tissus étaient mobiles et épais. En second lieu, la solution de continuité était trop grande pour qu'on pût avoir l'idée d'en obtenir en un seul temps l'obturation complète; il était évident que pour atteindre ce but, si toute fois il y avait lieu de l'espérer, plusieurs opérations consécutives seraient nécessaires. Or,

voici comment M. *Roux* pratiqua, avec une rare persévérance, celles que je vais rapporter.

Première opération, faite le 25 avril. Dans le but d'aviver le bord interne de la solution de continuité, c'est à dire ce qui restait de la lèvre supérieure à partir de la ligne médiane, vers le côté droit, on commença par enlever une couche mince de la cicatrisation ; ensuite une incision fut pratiquée perpendiculairement sur la lèvre inférieure, de l'étendue équivalente à la hauteur de la lèvre supérieure ; celle-ci rafraîchie, comme je viens de le dire, était propre à être mise en contact avec le bord interne de la nouvelle division, rapprochement qui fut en effet opéré sur le champ et maintenu au moyen de trois épingles et d'un petit cordon de fils, constituant la *suture entortillée.* De cette manière, la moitié gauche de la lèvre supérieure détruite se trouvait remplacée par une pièce empruntée à la lèvre inférieure, et la limite inférieure de l'incision faite à cette dernière devenait la commissure gauche de la bouche, rétrécie d'environ un tiers.

Les trois jours suivans, la malade n'éprouva autre chose que la douleur ordinaire en pareil cas, et le gonflement des parties environnantes ne dépassa point la mesure convenable pour leur adhésion.

Le quatrième jour, les épingles et les fils furent enlevés ; la réunion parut parfaite; elle fut maintenue et fortifiée les jours suivans à l'aide de bandelettes agglutinatives, et d'un bandage semblable à celui que l'on emploie dans l'opération du bec de lièvre, et tel qu'il avait été appliqué dès le premier jour.

Ainsi, au lieu de cette large ouverture cintrée qui communiquait avec l'intérieur de la bouche ; il ne restait, par le bénéfice de la première opération, qu'une sorte de fenêtre arrondie, très-grande encore, à la vérité, et qu'il paraissait bien difficile de fermer complètement, tant les parties molles supérieures et internes semblaient peu propres à supporter des tractions, et à se réunir aux parties environnantes.

Deuxième opération. La lèvre supérieure reconstruite, comme je viens de le dire pouvait bien être portée vers le point supérieur de la circonférence de l'ouverture, mais supérieurement les parties molles étaient adhérentes à ce qui restait de l'os maxillaire, il fallut commencer par les disséquer dans l'étendue de trois à quatre lignes; ensuite une incision fut pratiquée à partir du bord externe de l'ouverture, transversalement dans l'épaisseur de la joue : alors les parties eurent assez de laxité dans tous les points pour être mises en contact, ce qui fut fait après l'avivement préalable; l'union fut maintenue par la suture entortillée, et le bandage convenable. Tout portait à espérer que l'adhésion aurait lieu ; mais le lendemain de l'opération, un malaise général, une céphalalgie violente, de la fièvre, surviennent chez la malade; une tuméfaction érysipélateuse se manifesta, et au moment où l'on ôta ses aiguilles, les parties se désunirent; quelque temps après, une nouvelle cicatrisation se forma au bord de l'ouverture, et les choses revinrent dans l'état où elles étaient avant l'opération.

Troisième opération. On se comporta dans celle-ci, à quelque modification près, comme dans la précédente; on parvint de la même manière à mettre les parties en contact; quoique cependant elles parussent être dans une plus grande tension, et c'est à cette circonstance, sans doute, qu'on dût l'écartement de la division lorsqu'on voulut retirer les épingles. L'insuccès fut aussi complet que précédemment, et, de plus, les parties avaient perdu tout ce qu'il avait fallu en retrancher pour l'avivement des bords. Pour tenter une nouvelle opération, que la malade réclamait avec autant d'instances que la première fois, il fallait nécessairement emprunter quelque part un supplément de tissus. Or, voici ce qu'imagina M. *Roux.*

Quatrième opération. Il dédoubla de bas en haut toute la lèvre supérieure que nous avons vu avoir été faite au dépens de l'inférieure. En relevant ce lambeau et rafraîchissant toujours le bord de l'ouver-

ture, celle-ci se trouvait exactement obturée; la suture fut employée comme dans les autres circonstances; de la sorte, la membrane muqueuse buccale formait une partie de la paroi externe de la joue. L'expérience portait à présumer qu'elle pourrait acquérir par la suite à peu près toutes les conditions de la peau. Malheureusement cette nouvelle tentative ne servit qu'à faire ressortir l'adresse de l'opérateur; la patiente n'en retira aucun avantage, car l'adhésion ne se fit point.

Cinquième opération. Cédant encore aux sollicitations de la malade, M. *Roux* prit une voie toute différente pour arriver à son but; c'est à la paume de la main gauche qu'il emprunta la pièce qui devait fermer l'ouverture de la joue. Pour cela, il disséqua d'abord dans l'éminence hypothénar un lambeau de peau, de la grandeur et de la forme convenables, en laissant toutefois un pédicule de quelques lignes de largeur. D'un autre côté, la moitié supérieure de la circonférence de l'ouverture fut rafraîchie et réunie ensuite avec le lambeau de la main, relevé de telle sorte que sa face interne devait fermer la paroi interne de la joue. Six ou sept points de suture séparés maintinrent les choses en place; un bandage convenable assujétit la main et le bras contre la joue et le tronc. Il n'est pas besoin de dire que le projet ultérieur du chirurgien était de couper le pédicule, et de le réunir à la partie inférieure de la circonférence de la solution de continuité.

Pendant les trois premiers jours, les choses se passèrent de manière à faire concevoir les plus grandes espérances : le lendemain elles furent toutes déçues; la malade, agitée par des rêves durant la nuit, avait exécuté des mouvemens violens; tous les points de suture s'étaient déchirés.

On était alors à la fin de l'automne; la saison était pluvieuse et froide; il fallut renoncer, pour quelques mois, à toute entreprise de guérison. Il convenait, d'ailleurs, d'attendre que les tissus eussent repris la souplesse que leur avaient fait perdre plusieurs cicatrisations successives.

Sixième opération. Le 27 mars 1827, la malade avait pris de l'embon point; les parties molles de la joue avaient acquis plus de souplesse et d'épaisseur; la bouche offrait presque les dimensions naturelles, et l'ouverture accidentelle s'était rétrécie surtout dans le sens vertical; transversalement, elle avait encore environ quinze lignes d'étendue. Toute l'épaisseur de la nouvelle lèvre supérieure fut incisée perpendiculairement, un peu à gauche de la ligne médiane, et portée au bord supérieur de la solution de continuité préalablement avivée, et y fut maintenue par cinq points de suture entortillée, dont un comprenait l'extrémité libre de l'aile du nez. Pendant l'opération, la jeune fille éprouva quelques symptômes nerveux, hystériformes, qui ne durèrent que peu d'instans.

Jusqu'au quatrième jour, il se manifesta de la céphalalgie, un gonflement assez considérable des lèvres, qui furent combattus convenablement. On ôta toutes les épingles, à l'exception de celle qui traversait l'aile du nez, et qu'on ne retira que le cinquième jour. La réunion parut complète dans tous les points, et fut confirmée par la suite.

Cette traction des parties, que nécessita leur rapprochement, produisit un léger renversement de la paupière supérieure, et il restait en bas une échancrure triangulaire, limitée en dedans par le bord incisé de la lèvre supérieure, en haut par la cloison nasale, et en dehors par la direction oblique de la portion de lèvre portée en haut.

Septième opération. Un mois après la dernière opération, on voulut couronner l'œuvre en faisant disparaître l'échancrure que je viens d'indiquer. Comme dans tous les cas précédens, les bords furent excisés, et les deux portions de la lèvre supérieure, jouissant de beaucoup de vie et d'extensibilité, furent facilement affrontées. Deux points de suture les maintinrent en contact pendant trois jours, après lesquels l'adhésion fut opérée. Il restait un froncement de la peau avec une dépression assez marquée vers le centre de la cicatrice; la

bouche aussi était étroite, et la lèvre inférieure, trop longue par rapport à la supérieure, formait une espèce de gouttière. Mais toutes ces parties ne tardèrent pas à s'étendre : la paupière inférieure reprit sa direction naturelle, la bouche s'agrandit aussi convenablement. Enfin la malade sortit de l'hôpital très-satisfaite de son état. Toutefois, je ne terminerai pas son histoire sans mentionner le courage presque héroïque avec lequel elle a sollicité et supporté cette longue série d'épreuves, toutes fort douloureuses, et bien capables de faire pardonner un peu de coquetterie, si d'autres considérations ne l'excusaient point assez.

PROPOSITIONS RELATIVES

AU BROIEMENT DE LA PIERRE DANS LA VESSIE.

I.

La *lithotricie*, ou broiement de la pierre, est pour la chirurgie une conquête toute nouvelle et de la plus haute importance.

II.

Néanmoins, les résultats obtenus jusqu'ici n'ont pas encore été appréciés d'une manière assez rigoureuse pour qu'on puisse déterminer la valeur réelle de cette opération.

III.

Il reste à savoir combien de fois il convient de la tenter sur un certain nombre de calculeux pris au hasard; et dans les cas où elle

est tentée, combien de fois elle réussit, soit d'une manière absolue, soit comparativement aux diverses méthodes de la taille.

IV.

Parmi les nombreux inconvéniens qui ont paru d'abord essentiellement liés à la lithotricie, il faut compter les recherches difficiles, longues, douloureuses et souvent répétées de la pierre à l'aide de la pince à trois branches.

V.

Au lieu d'aller ainsi à la recherche de la pierre en parcourant la poche urinaire, et à plusieurs reprises, il fallait se proposer de trouver un moyen de faire arriver la pierre dans la pince, et de la pulvériser le plus promptement possible.

VI.

Sous ce double rapport, l'instrument à quatre branches, mobiles séparément, et à forèt flexible, de M. *Heurteloup*, me semble infiniment supérieur à tous les autres.

FIN

APHORISMI.

I.

Quibus ex morbo resurgentibus aliquid dolet, ibi abcessus fiunt. (Hipp., *sect.* 4, *aphor.* 32.)

II.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his expulmone talis rejectio fit. (*Id.*, *sect.* 5, *aph.* 13.)

III.

Quibus à diuturno coxendicis morbo vexatis coxa excidit, his crus tabescit, et claudicant, ni usti fuerint. (*Id.*, *sect.* 6, *aph.* 60.)

IV.

Ut viscera et partes de quibus hactenùs, ita hepar quoque inflammationis capax; frequens morbus, licet rarò de eo cogitetur, cùm originarius, tùm symptomaticus, non animadversus multoties, aut pro alio habitus, errore non rarò pernicioso (Stoll., *aphor.* 250.)

V.

Si major (calculus) quam excerni qui queat, lithotomia educendus. (Boerhaavii, *aph.* 1435.)

VI.

Neque enim de spcificis lithontripticis hactenùs vera fides. (*Id.*, *aph.* 1428.)

VII.

Concussus validus capitis, integro sæpè cranio, eadem facit (damna) rumpendo, comprimendo. (*Id.*, *aph.* 274.)